

ANNÉE :

1959

N° :

32

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN-PIERRE DESNOS

NÉ LE 6 NOVEMBRE 1931

A ANGERS (MAINE-&-LOIRE)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

1959

PROBLÈMES PRATIQUES POSÉS AU MÉDECIN

PAR LES INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

COLLECTIVES A STAPHYLOCOQUE

PRÉSIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BOYER.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

année :

n° :

THESE
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplome d'état)

par

Jean-Pierre Desnos

né le 6 novembre 1931
à Angers (Maine et Loire)

Présentée et soutenue publiquement le :

PROBLEMES PRATIQUES POSES AU MEDICIN PAR LES
INTOXICATIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES
A STAPHYLOCOQUE.

Président : Monsieur le Professeur J. BOYER.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550417_0021

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (G.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaumin (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laury (Ch.), Lemaitre (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannier (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

1. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN (M.)
	(Beaujon SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	)Cochin QUENU (J.)
	(Hotel-Dieu ... MENEGAUX (G.)
	)Salpêtrière .. MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire ..de	GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux ...	ALAJOUANINE (T.)
	(Bichat JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales	)Broussais DE GENNES (L.)
	(Cochin MOREAU (R.)
	)Hotel-Dieu ... BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)

MM.

Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
(Baudelocque ..	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales)Port-Royal ...	VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie ...	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (F.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie .	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance .	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel) ...	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MAIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
	(DELMAS (A.)), pr.		(DUBOST (C.))
	) s. ch.		) FAUREL (J.)
Anatomie	(CABROL (C.))		(FLABEAU (F.))
	) DEBEYRE (J.)		) GERMAIN (A.)
	(OLIVIER (G.))		(GOSSET (J.))
	(GAUTHIER-VILLARS Pathologie		) LAURENCE (G.)
Anatomie	) (Mlle P.) pr.s.ch.chirurgicale....		(LORTAT-JACOB (J.))
pathologique ..	(BUSSER (F.))		) MATHEY (J.)
	) GOUYGOU (Ch.)		(OLIVIER (Cl.))
			) POILLEUX (F.)
Bactériologie ..	(NEVOT (A.) pr. s.		(THOMERET (G.))
	) ch.		) VERNE (J.M.)
	(CHRISTOL (D.))		
		Pathologie	(LOEPER (J.))
	(ETTORI (J.)), pr.	expérimentale ..	) MAURICE (P.)
	) s; ch.		
Biochimie	(DESGREZ (P.))		(BOUDIN (G.))
médicale	) POLONOVSKI (J.)		) BOUVIER (J.B.)
	(SCHAPIRA (R.))		(BRICAIRE (H.))
			) BRISSAUD (H.)
Biologie	BOURLIERE (F.)		(CASTAIGNE (P.))
médicale			) CONTE (M.)
Dermato-			(DEROT -M.)
Syphiligraphie .	DUPERRAT (F.)		) DOMART (A.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLES-		(LAIOTTE (M.))
	SIS (H.)	Pathologie	) LAROCHE (C.P.)
		médicale.....	(MACREZ (Cl.))
	(COUJARD (R.))		) MILLIEZ (P.)
Histologie	) N....		(PEQUIGNOT (H.))
	(N....		) PERRAULT (M.)
			(RAMBERT (P.))
Hydrologie	CORNET (A.)		) ROYER (P.)
			(THIEFFRY (St.))
	(BOYER (J.) pr. s.		) TURIAF (J.)
Hygiène	) ch.		(WOLFROMM (R.))
	(DEPARIS (M.) pr.		) N....
	) s. ch.		
			(JOSEPH (R.))
Maladies		Pédiatrie	) MOZZIGONACI (P.)
infectieuses ...	BASTIN (R.)		(POLONOVSKY (Cl.))
	(DEROBERT (L.) pr.		(CHEYMOL (J.) pr.
Médecine légale.)	) s. ch.	Pharmacologie	) s. ch.
	(GAULTIER (M.))		(LEVY (Mlle J), pr.
	) HADENGUE (A.)		) s. ch.
Médecine du			
travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie .	DAVID (M.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.)		

	MM.		MM.
	(GRASSET (J.)		(BARJETON (D.) pr.
	)LELORIER (G.)		)s. ch.
Obstétrique ...	(LEPAGE (F.)	Physiologie ...	(PARROT (J.) pr.
	)MERGER (R.)		)s. ch.
	(MORIN (P.)		(DEJOURS (P.)
	)RAVINA (J.)		
	(ROBEY (M.)		(DJOURNO (A.) pr.
Ophtalmologie .	(BREGEAT (P.)	Physique	)s. ch.
	)DESVIGNES (P.)	médicale	(GOUGEROT (L.)
Orthopédie	JUDET (R.)	Pneumo-Phtisio-	
		logie	KREIS (B.)
Oto-rhino-	(AUBRY (M.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
laryngologie ..	)MADURO (R.)	Psychiatrie	
		infantile	MICHAUX (L.)
Parasitologie .	(BRUMPT (L.C.)	Rhumatologie ...	DELBARRE (F.)
	)CHABAUD (A.)		
	(ABOULKER (P.)	Stomatologie ..	(CERNEA (P.)
Pathologie	)BARCAT (J.)		)CHAPUT (Mme A.)
chirurgicale ..	(BAUMANN (J.)	Thérapeutique ..	CHASSAGNE (P.)
	)CAUCHOIX (J.)	Urologie	KUSS (R.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.		MM.
	(AMELINE (A.)	Clinique	
	)HUGUIER (J.)	neurologique ...	DE SEZE (S.)
Clinique	(LEGER (L.)	Clinique	
chirurgicale ..	)PADOVANI (P.)	obstétricale ...	MAYER (M.)
	(ROUX (M.)	Clinique	
		ophtalmologique	OFFRET (G.)
	(DREYFUS (Gilbert)	Clinique	
	)HAGUENAU (J.) pr.	pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique	(s. ch.	Clinique	
Médicale	)KOURILSKY (R.)	psychiatrique ..	BARUK (H.)
	(MARCHAL (G.)		

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur Mlle GOICHON (A.)

Bibliothécaires (Mlles DUMAITRE (P.),
LAURENT (H.), LE NOIR
(G.), QUIEVREUX (E.)

A Monsieur le Professeur Boyer

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider
cette thèse.

En témoignage de ma respectueuse gratitude.

A Messieurs les Membres du Jury

Avec mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Ménard

Professeur d'Hygiène et de Médecine Sociale
à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers.

A qui nous devons le sujet de cette thèse
en témoignage de notre profonde reconnaissance
pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous
prodiguer tant au cours de son enseignement que
dans l'accomplissement de ce travail.

A Monsieur le Docteur CREZE.

Chargé du cours de Bactériologie à l'Ecole de
Médecine et de Pharmacie d'Angers.
Chef de Laboratoire à la Maternité d'Angers.

Qui nous orienta vers ce sujet et voulu bien, dans
son étude bactériologique, nous aider de ses con-
seils et de ses travaux.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueuse reconnaissance.

A Maitre PERREIN.

Avocat à la Cour
Pharmacien, ancien Interne des Hopitaux de
Paris

Qui nous reçut et nous guida si aimablement dans
l'étude juridique de cette thèse.

Avec toute notre gratitude pour son
aimable accueil et ses précieux conseils.

A Monsieur Kerjean.

Pharmacien
Chef des travaux de Bactériologie et de
Parasitologie à l'Ecole de Médecine et de
Pharmacie d'Angers.

En témoignage de reconnaissance.

A Tous nos Maitres de l'Ecole de Médecine et de
l'Hopital d'Angers.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES FRERES

A MES BEAUX PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : DESNOS.

Prénoms : Jean-Pierre. Georges.

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

:DESNOS(Jean-Pierre.Georges):
:Problèmes pratiques posés :
:au Médecin par les Intoxi- :
:cations alimentaires col- :
:lectives à staphylocoque. :
: Roneo : pages. :
: (Th. Med.(Et.) Paris) :
: 195 :
: N° : :
: : :

:DESNOS(Jean-Pierre.Georges):
:Problèmes pratiques posés :
:au Médecin par les Intoxi- :
:cations alimentaires col- :
:lectives à staphylocoque. :
: Roneo : pages. :
: (Th. Med.(Et.) Paris) :
: 195 :
: N° : :
: : :

:DESNOS(Jean-Pierre.Georges):
:Problèmes pratiques posés :
:au Médecin par les Intoxi- :
:cations alimentaires col- :
:lectives à staphylocoque. :
: Ronéo : pages. :
: (Th. Med.(Et.) Paris) :
: 195 :
: N° : :
: : :

:DESNOS(Jean-Pierre.Georges):
:Problèmes pratiques posés :
:au Médecin par les Intoxi- :
:cations alimentaires col- :
:lectives à staphylocoque. :
: Ronéo : pages. :
: (Th. Med.(Et.) Paris) :
: 195 :
: N° : :
: : :

SOMMAIRE

1. Introduction.
2. Observation.
3. Problèmes d'ordre médical.
4. Problèmes d'ordre médico-social.
5. Problèmes bactériologiques.
6. Problèmes juridiques.
7. Problèmes humains.
8. Conclusions.

Bibliographie.

- I N T R O D U C T I O N - =====

Les Toxi-Infections alimentaires collectives dues au staphylocoque, sont désormais classiques. Nombreux sont les chercheurs qui se sont penchés sur ce problème, nombreux sont les travaux dont elles ont fait l'objet. En 1957, J. CHANELET y a consacré sa thèse. Le cadre des toxi-infections alimentaires collectives a été précisément fixé par Monsieur le Professeur BOYER. On peut les schématiser ainsi :

1°/- Les Toxi-Infections à manifestations essentiellement digestives :

2 formes essentielles : à Salmonella

à Staphylocoques entérotoxiques

D'autres formes, à germes divers :

(Perfringens par exemple)

2°/- Les Toxi-Infections à manifestations essentiellement nerveuses :

Le Botulisme.

3°/- Les Toxi-Infections à manifestations vaso-motrices :

Les intoxications histaminiques.

Ayant eu récemment l'occasion d'observer avec nos Maîtres, Messieurs MENARD et CREZE, une intoxication staphylococcique intéressant une trentaine de convives d'un repas de mariage, nous avons pensé y consacrer ce travail, mais, pour envisager la question sous un angle particulier.

Nous nous proposons de souligner d'une part, les problèmes d'ordre médical et médico-social qui vont se poser dans l'immédiat au médecin praticien ; nous évoquerons d'autre part les difficultés qu'on rencontre au cours de l'enquête bactériologique, et nous nous attarderons enfin sur le côté juridique et sur l'incidence humaine, qui ne sont pas négligeables.

- O B S E R V A T I O N -

Le Jeudi 24 Juillet 1968, un peu avant 4 heures du matin, un appel impératif nous demandait d'urgence à l'hôtel des "Trois Marchands" à B....., où, depuis un certain nombre d'heures, une forte proportion des convives d'un repas de mariage, souffraient de coliques, de vomissements, de diarrhée. En entrant dans la salle du restaurant, nous nous sommes trouvés dans une atmosphère un peu impressionnante, au milieu de gens geignant, vomissant, se soutenant, se réconfortant.

Mais on nous introduisit en hâte auprès des plus atteints qui avaient été allongés mêlé-mêlé sur des lits ou sur le parquet dans plusieurs chambres.

En face de ce tableau d'intoxication collective, nous avons pu préciser les faits suivants :

1° les premiers malades avaient ressenti leurs premières douleurs, deux heures seulement après la fin du repas suspect, et le personnel de service qui avait déjeuné plus tard, respecta le même décalage dans le déclenchement des accidents

2° le syndrome clinique chez tous, à des degrés divers bien sûr, pouvait se schématiser ainsi :

- des coliques
- des nausées ou des vomissements, alimentaires puis bilieux
- de la diarrhée liquide, impérieuse
- des crampes, surtout dans les membres inférieurs
- un état lipothymique, voire, exceptionnellement, du collapsus.

3° la température, prise à la dizaine des sujets les plus atteints, était à 37°, et plus souvent au-dessous, sauf chez une jeune femme qui avait 37°6, mais qui était souffrante depuis plusieurs jours.

C'en était assez pour évoquer la vraisemblance d'une origine Staphylococcique, et nous avons réuni l'assistance, pour lui expliquer qu'il s'agissait d'une intoxication, brutale sans doute, mais toujours d'évolution brève et de pronostic favorable. Nos paroles ramenèrent un peu de calme, dans cette atmosphère de tempête.

Entre temps, nous avons soigné les malades, notre thérapeutique se bornant à être symptomatique.

Tout de suite, il fallait commencer l'enquête étiologique, et nous avons demandé qu'on conserve soigneusement les restes de tous les aliments, qu'on nous conserve aussi, vomissements et fèces.

Nous avons fait préciser l'heure des repas : il y

en eu deux : le premier qui débuta vers 15h30, pour se terminer vers 20h, et le deuxième peut être innocenté, les premiers accidents s'étant manifesté vers 22h, et même avant ; d'ailleurs, le nombre des malades, à 1h, était tel, que pratiquement personne ne s'attabla. Nous nous sommes fait présenter le même : le voici :

- Tomates - oeufs durs - andouille - jambon blanc.
- Merlu mayonnaise.
- Langue de boeuf sauce piquante.
- Haricots verts (de conserve).
- Poulet roti.
- Marquise au Kirsh.

Quelle était la proportion d'intoxiqués ? L'interrogatoire nous montre qu'il paraissait raisonnable d'admettre que 30 personnes au moins furent intoxiquées peu ou prou, soit le quart de l'effectif.

Nous avons étudié, pour circonscrire les recherches, s'il y avait des aliments auxquels les malades n'avaient pas goûté, et il nous a semblé que Poulet roti et haricots verts pouvaient être écartés.

Revenant à nos malades, nous avons pu préciser que la durée d'incubation a été
pour certains, 2 heures
pour beaucoup, 3 à 4 heures, et
pour quelques uns seulement, 5 à 6 heures.

Sur le plan clinique, nous avons pu établir 3 groupes :

- l'un réunissant des sujets qui n'avaient que des coliques et des nausées
- l'autre comptant les malades qui avaient douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, lipothymie,
- et le dernier, composé de ceux qui avaient, outre le syndrome digestif, des crampes très douloureuses.

Nous avons fait, par téléphone, la déclaration obligatoire à la Direction Départementale de la Santé, et nous avons confié le relief de tous les aliments au laboratoire de Bactériologie de l'Ecole de Médecine (M. CREZE).

Pendant que se déroulait l'étude bactériologique, nous nous sommes préoccupés de ce que devenaient nos malades. On peut dire, que le soir même, tout était rentré dans l'ordre. Seule, une femme s'est plainte, pendant quelques jours, de coliques, d'anorexie, de céphalées, de constipation. Sa première selle, émise le 28 Juillet, ne contenait pas de Staphylocoque. C'était celle qui était souffrante avant l'intoxication et qui avait à ce moment 37°6. Un certain degré de sinistrose et d'esprit revendicatif était indéniable.

Le laboratoire, dont voici le compte rendu, confirma la clinique, en accusant la responsabilité d'un staphylocoque blanc pathogène, trouvé en abondance dans le gâteau.

Compte rendu de l'examen des aliments prélevés au cours de l'intoxication, et apportés au laboratoire de l'Ecole de Médecine.

Nous disposions, comme éléments d'examen bactériologique de :

- 1) un tube d'aluminium contenant de la mayonnaise.
- 2) un paquet enveloppé dans un journal et contenant :
 - une boîte dans laquelle il y avait un morceau de poisson bouilli et des haricots verts cuits, placés séparément dans deux serviettes en papier.
 - un paquet renfermant un morceau de gâteau genre "Savoie" glacé à surface et décoré avec du sucre coloré, avec une crème "pâtisseries" à l'intérieur.
 - un paquet contenant une tranche de langue de bœuf cuite, avec une sauce, figée, aux cornichons.

Chaque objet était enveloppé séparément dans une serviette en papier. Tous les aliments étaient en bon état de conservation, hormis le poisson qui répandait une forte odeur de putréfaction.

Un fragment de tous ces produits a été ensemencé sur un milieu de Chapman et en bouillon lactosé. Pour le gâteau, le prélèvement a été fait au niveau de la crème. Le poisson a été également ensemencé en gélose de Veillon. Le lendemain, le bouillon lactosé a été repiqué en milieu de Chapman et sur milieu S.S, pour la recherche de germes du groupe Salmonella-Shigella. Les germes suivants ont pu être isolés :

- du poisson : un B Protéus - quelques colonies de Staphylocoques blancs - aucun germe anaérobie strict n'a pu être mis en évidence.
- du gâteau : la première culture a donné lieu à une culture abondante et pure de 2 types de Cocci : l'un blanc, l'autre doré, dont les caractères seront étudiés ci-après.
- des haricots : du Colibacille
- de la langue : du Colibacille
- de la mayonnaise : un germe donnant des colonies grosses, du type Pneumo-bacille, et un Protéus.

Nous avons pu préciser les caractères des Cocci isolés dans le poisson et dans le gâteau.

	<u>Gâteau</u>	<u>Poisson</u>
Couleur des colonies.	- doré - blanc -	blanc

Fermentation de la Mannite	-	+	-	+	-	+
Liquéfaction de la gélatine	-	0	-	+++ en 24 h	-	+ en - 24 h
Coagulase	-	0	-	+	-	0
Recherche des hé-molysines alpha (sur sang de mouton)	-	0	-	+++	-	0
Pouvoir Pathogène expérimental	-		-	+++ (x)-		

(x) L'injection I.V. de 1cc de culture a tué un lapin de 4 kg 200 en 36 heures.

Il semble donc que, seul, le Staphylocoque blanc isolé dans le gateau, soit un staphylocoque pathogène.

Le plat responsable étant connu, il nous restait à préciser par qui il avait été confectionné. Nous reviendrons plus loin sur l'enquête qu'il a fallu mener, mais disons tout de suite que le gateau avait été préparé par un boulanger parisien du bourg, porteur à ce moment là, au niveau de l'avant-bras, d'une griffure infectée.

- P R O B L E M E M E D I C A L - =====

Sous ce titre qui n'est pas excellent, nous le savons, nous allons englober des questions d'ordre clinique, diagnostique, thérapeutique, et pronostique.

Ces problèmes sont ceux qui doivent être résolus sur le champ, par le médecin arraché d'urgence à sa consultation ou à son sommeil, et souvent, au milieu de la panique et de l'agitation - les gémissements des malades, les accusations des convives, la défense de l'hôtelière, se mêlant dans une cacophonie étourdissante.

Trois objectifs se dressent :

- 1°/- Faire le diagnostic.
- 2°/- Traiter les malades.
- 3°/- Porter un pronostic.

1°/- Faire le diagnostic.-

Il paraît aisé d'envisager rapidement l'origine toxique et alimentaire des accidents, en présence du nombre important de sujets ayant partagé le même repas, et pris, en même temps, d'accidents identiques, à expression surtout digestive.

Le premier soin doit être alors de se faire présenter le menu, car les causes possibles sont très nombreuses. S'agit-il d'une intoxication chimique, les multiples produits insecticides, parasitocides ou autres, mis à l'heure actuelle à la

disposition de la population, rendent très faciles les intoxications accidentelles.

Et si nous sommes tout naturellement portés à admettre l'hypothèse de l'accident, l'éventualité du crime doit toujours être envisagée. Nous ne sommes plus, bien sûr, au temps de la Voisin, ou de la Brainvilliers, mais notre siècle sait encore trop souvent, en face d'un conflit sentimental, d'un préjudice financier, demander le secours du poison, et le médecin ne doit pas l'oublier.

L'INTOXICATION ARSENICALE aiguë, rare sans doute, exigeant des doses importantes, offre un syndrome cholériforme :

- début très précoce, parfois en une demi-heure.
- céphalées, vomissements alimentaires, aqueux, bilieux.
- douleurs abdominales et diarrhée séreuse à grains riziformes.
- effondrement cardio-vasculaires plus ou moins rapide.

L'INTOXICATION SATURNINE aiguë, peu probable elle aussi, car elle exige des doses importantes dont le goût métallique trahirait la présence dans les aliments, s'exprimerait en tous cas, sans intervalle notable, par des vomissements, des douleurs abdominales péri-ombilicales, un état diarrhéique, d'ailleurs fugace, mais ce qu'on ne saura que plus tard, avec algidité et lipothymie.

L'INTOXICATION MERCURIELLE AIGUE (hypothèse également bien improbable) ne doit cependant pas être omise. Il faut y penser pour l'éliminer.

Si l'action toxique du mercure s'exprime essentiellement par une néphrite anurique, l'entrée en scène se fait précocement.

cement par un syndrome digestif, avec douleurs rétro-sternales et épigastriques, vomissements, diarrhée muco-sanglante, voire dysentérioriforme.

Si le menu a comporté des champignons, va surgir un nouvel écueil diagnostique, source d'embarras très spécial, car un repas comportant des champignons, peut être suivi néanmoins d'intoxication collective de toute autre origine, salmonellienne, staphylococcique, botulique ou autre :

si le syndrome phalloïdien ne soulève guère de difficultés, dans le cas qui nous préoccupe, en raison de la période de latence, qui est, au minimum de 12 heures,

les syndromes muscarinien et lividien peuvent nous tendre des embûches = le tableau gastro-intestinal, la précocité de leur apparition, l'absence de fièvre, sont des éléments trompeurs, spécialement dans l'intoxication lividienne, car la gaieté de l'ivresse muscarinienne, vient à notre secours.

Le change peut encore être donné par une intoxication d'origine extra-alimentaire - c'est le cas du syndrome digestif dans l'intoxication oxycarbonée collective. Dans un restaurant de village, où le chauffage est souvent assuré par des poêles à feu continu dont chacun sait le danger, ces repas en commun se terminent très fréquemment dans une débauche de cigarettes et de cigares dont la fumée crée une atmosphère riche en oxyde de carbone.

Dans une conférence récente, Monsieur MENARD rappelait qu'une cigarette, fumée en 7 minutes, de 1 gr. dégage 40 cc de CO

une pipe de 3 gr., 50 à 100 cc de CO

un cigare type voltigeur de 4 à 5 gr., 100 à 200 cc de CO.

Il soulignait aussi qu'une cigarette pendant 7 minutes, crée une atmosphère immédiate dont la concentration en oxyde de carbone est de 1/2.500.

Peut-on s'étonner que dans le tabagisme qui suit un banquet, existe un risque d'intoxication oxycarbonée dont l'expression digestive sera favorisée par des erreurs alimentaires, tant sur le plan de la quantité, que sur celui de la qualité. Ce sera alors l'apparition de nausées, puis de vomissements qu'accompagneront toujours des céphalées, un état ébrié, auquel succèdera une sensation de torpeur conjointe à une impotence musculaire significative. Pour rare qu'il soit, ce syndrome ne doit pas être méconnu.

Revenant aux accidents d'origine alimentaire, il ne faudra pas oublier que la tempérance, tant pour les solides, que pour les liquides, n'est pas de stricte observance dans les noces et banquets et que des accidents digestifs se réclamant de telle étiologie peuvent frapper simultanément un certain nombre des convives :

C'est le tableau de la banale indigestion, avec douleurs gastro-abdominales, nausées, bâillements, céphalées, sensation d'angoisse et lipothymies, que, seul, calmera, le vomissement libérateur. Si, le plus souvent, les accidents n'éclatent que 5 à 6 heures après le repas, il n'est pas exceptionnel de voir l'indigestion survenir 2 heures seulement après celui-ci.

Et l'heure est venue d'aborder la discussion avec les autres toxi-infections alimentaires collectives :

LE BOTULISME, à première vue, ne semblerait pas devoir être l'objet de discussion. Son apparition, le plus souvent quelques jours après la consommation de l'aliment souillé, la symptomatologie nerveuse si spéciale avec ses paralysies oculaires, paraissent bien incapables d'être confondues avec les signes digestifs de toxi-infection staphylococcique, et pourtant il faut savoir,

qu'exceptionnellement, le début peut être extrêmement précoce et que la période d'invasion peut rappeler le syndrome de toxi-infection alimentaire à expression digestive, mais l'hésitation sera brève, et en quelques heures le doute sera levé. Dans la pratique donc, aucune difficulté sérieuse n'est soulevée à ce propos.

Si les Toxi-Infections histaminiques, ont une incubation extrêmement brève, si elles sont apyrétiques, si leur tableau peut, exceptionnellement être digestif, leur expression habituelle vaso-motrice, la vaso-dilatation céphalique et cervicale, les placards urticariens plus ou moins prurigineux sont assez évocateurs pour ne pas être embarrassants.

Le champ se restreint donc, et nous voici cantonnés dans le domaine des : toxi-infections alimentaires collectives à traduction digestive.

Nous laisserons volontairement de côté, pour ne pas prolonger, les accidents dus à des germes moins fréquemment en cause (Shigella Sonnei - Colibacilles pathogènes - Perfringens, etc...) pour n'évoquer que les :

TOXI-INFECTIONS à SALMONELLA -

La confusion est-elle possible ? Théoriquement non. Si les manifestations digestives peuvent paraître semblables, la durée notable de la période d'incubation (12 heures en moyenne) n'est-elle pas là pour nous préserver de toute erreur. Dans la pratique, il faut pourtant savoir que les accidents peuvent apparaître très rapidement, et, avec Monsieur MENARD, nous avons observé une intoxication à bacille de GARTNER ayant frappé une douzaine d'ouvriers, dont les manifestations ont commencé de 2 à 4 heures après le repas infestant. Heureusement, la fièvre ne fait pas défaut, et c'est, dans les formes précoces, le gros argument sur lequel peut s'appuyer le diagnostic.

Toute cette longue discussion, méditée devant un bureau de travail et dans le silence d'un cabinet, ne pose guère de difficultés, elle n'exige qu'un peu d'attention. Mais qu'on se transporte brutalement dans le tumulte anxieux du repas en cause, et force nous est de reconnaître que la situation a changé.

C'est pourtant en examinant des malades, en donnant des soins, en posant des questions, et en répondant à d'autres, parfois insidieuses et embarrassantes, que le débat doit se dérouler dans l'esprit du praticien isolé.

La précocité des accidents

Le syndrome digestif

L'absence de fièvre

Les crampes dans certains cas :

voilà les 4 chefs qui accusent avec la plus grande probabilité d'exactitude, la responsabilité du staphylocoque. Et si l'on veut les considérer avec pondération et bon sens au départ, dans la majorité des cas, ils nous suffiront.

2°/- Traiter les malades.-

Tandis qu'en l'esprit du praticien se déroule ce débat diagnostique, déjà le souci thérapeutique l'assaille, car les malades alarmés veulent des soins. En fait, la thérapeutique se borne à être symptomatique, visant à supprimer douleurs et crampes, et à lutter contre la défaillance cardio-vasculaire.

Dans le premier objectif, les opiacés nous paraissent l'arme de choix ; nous avons, chez nos malades, prodigué l'élixir parégorique, auquel l'odeur et le goût anisés, réservent en général un excellent accueil.

Contre les états lipothymiques, nous avons eu recours aux injections d'huile camphrée, car la religieuse infirmière était venue à notre aide. La Coramine-Glucose, peut rendre service chez les moins défaillants lorsqu'on ne peut être secondé.

En face de cette affection bactérienne, on serait tout naturellement, tenté de recourir à l'antibiothérapie ; mais ce serait un geste regrettable. Le médecin doit avoir présent à l'esprit cet avis du Professeur BOYER :

"On ne connaît pas de produit thérapeutique actif neutralisant l'Entérotoxine. L'erreur serait de traiter ces malades par un antibiotique du type chloramphenicol, qui n'au-

rait d'autre effet que de déterminer une asthénie sévère et prolongée, d'origine staphylococcique. On est, la plupart du temps, étonné de la rapidité de la guérison spontanée de cette affection, pourtant si dramatique au début".

Les soins doivent être dispensés rapidement, dès qu'une orientation diagnostique, permet une opinion thérapeutique. Sans nul doute, les malades les plus touchés doivent être traités les premiers ; mais l'homme est ainsi fait, que tout en reconnaissant la priorité du plus malade, il trouve toujours pénible d'attendre les soins dont il a besoin.

Aussi, en l'absence du secours immédiat d'infirmière, le patricien isolé, aura-t-il intérêt à demander l'aide d'un confrère. Travailler au milieu du désordre, de l'agitation, constitue toujours un risque ; il faut l'éviter.

3°/- Porter un Pronostic.-

C'est la conclusion attendue de tout acte médical. Le malade, l'entourage, l'attendent toujours comme une sanction et comme un oracle. Il est donc nécessaire que le pronostic du médecin soit motivé. La précision, dans le cas d'une toxoinfection alimentaire collective, doit être aussi grande que possible, sans toutefois s'écarter de la prudence. L'annonce d'une évolution favorable amène toujours une détente, mais si l'évolution devait le contredire, le médecin s'exposerait à des difficultés très regrettables. Il est nécessaire de faire des réserves.

Dans notre cas, la symptomatologie était telle qu'elle

supposait le diagnostic, donc le pronostic. Nous avons réuni les convives pour leur expliquer que les accidents nous paraissaient dus à un germe déterminant des manifestations impressionnantes, mais sans lendemain.

Notre petite intervention fut spectaculaire, l'atmosphère se rassérèna subitement, et c'est dans le calme que nous avons pu commencer notre travail d'enquête pour dépister l'origine des accidents.

- PROBLEMES D'ORDRE MEDICO-SOCIAL -
=====

Lorsque le médecin, au cours d'une toxi-infection alimentaire collective, a fait son diagnostic, correctement traité les malades et rassurer l'opinion, deux obligations s'imposent à lui :

- il doit, d'une part, demander l'aide du laboratoire pour contrôler son diagnostic, et d'autre part, se mettre en quête du responsable, qui doit être décelé, pour interdire sa nocivité ultérieure et aussi, éventuellement, pour juger de sa responsabilité civile.

Dans le chapitre suivant, nous envisagerons le problème bactériologique, mais, dès maintenant, nous devons nous attarder à l'enquête médico-sociale.

Le premier devoir administratif du médecin, en telle situation, est de déclarer l'intoxication collective à la Direction départementale de la Santé ; mais il faut savoir, et M. BOYER y a beaucoup insisté, qu'il est nécessaire d'alerter ce service immédiatement, voir même, par téléphone, c'est l'intérêt de tous. La santé mettra ses services à la disposition du médecin, pour l'aider, et en cas d'éventualité criminelle, les services judiciaires, les services vétérinaires, le service de répression des fraudes seront alertés avant que les preuves aient pu être détruites. Dans notre cas, dès l'ouverture des bureaux, nous avons prévenu la Direction de la Santé de Maine-et-Loire, qui nous a obligeamment offert son concours.

Si la déclaration est le premier geste théorique,

d'autres doivent pourtant le précéder, et c'est, par dessus tout, de faire conserver avec interdiction absolue d'y toucher, d'une part les reliefs de tous les aliments, en frigidaire si possible, et d'autre part, de garder selles et vomissements.

Le médecin ne doit pas hésiter à insister pour qu'il ne lui arrive pas la mésaventure dont nous avons été victimes ; nous avons bien demandé la conservation des vomissements et excréta, mais au moment d'effectuer le prélèvement, lorsque tous les malades furent traités, nous avons constaté que tout avait été jeté, sous le prétexte que nous avions vu les vomissements et les selles. Il est indéniable que nous les avons examiné macroscopiquement, mais nous n'avions pas dû assez insister, les braves gens ont considéré que notre examen avait suffi ; et, malgré la poursuite à leur domicile, des malades les plus rapprochés, nous n'avons pas pu récupérer les produits qui nous avaient échappé

C'est par les voies les plus rapides qu'il convient d'acheminer ces divers produits vers les laboratoires chargés de les examiner. Au Congrès d'Hygiène de 1957, après le rapport des Professeurs BOYER et LELAND, Mr BONNEFOUS, de l'Institut Pasteur, a pris la parole pour insister sur l'acheminement précoce et en quantité suffisante, des produits à examiner. Il faut donc que le médecin s'en préoccupe tout de suite, et de manière explicite, pour ne pas connaître nos déboires.

Nous avons déjà dit, qu'un des premiers soucis, pour nous, devait être l'étude du menu. Son étude permettra de vérifier s'il n'y a pas des aliments, soit toxiques par eux-mêmes,

soit susceptibles de permettre le développement de bactéries toxigènes. Nous connaissons les produits les plus habituellement infestés : crèmes, viandes, etc...

L'interrogatoire général des malades ne doit pas être négligé ; son but est double : il faut d'abord essayer de déterminer le nombre des intoxiqués, et, d'autre part, tenter, par une enquête minutieuse, de circonscrire les recherches, en éliminant les aliments qui n'auraient pas été consommés par les sujets touchés.

Cela paraît bien simple d'apprécier le nombre des malades ; il suffit d'interroger la totalité des malades, qui vont répondre simplement par oui, ou par non, et la farce sera jouée, nous aurons le renseignement précis que nous désirons : Splendide théorie ! La pratique est toute différente ; dans notre cas personnel, lorsqu'après avoir donné les soins et rassuré l'assemblée, nous avons procédé à cette enquête, nous avons constaté :

- 1°- qu'un certain nombre ne répondaient pas à notre appel.
- 2°- que d'autres niaient les troubles dont ils se plaignaient amèrement quelques instants plus tôt.
- 3°- que d'autres enfin, minimisaient leurs accidents.

Cet interrogatoire paraît aux malades une sorte d'inquisition, et prend à leur yeux l'allure d'une descente de police. Ils redoutent des ennuis, pour eux et pour l'hôtelier, et nous assistons à une dérobade qui rappelle la défilade des témoins, lors d'un accident de la circulation. Tous ces gens qui vous donnent les renseignements les plus précis sur les déroulements des événements jusqu'au moment où on leur demande leur nom, et

où alors ils n'ont plus rien vu.

Il y en a, bien sûr, qui exagèrent leurs troubles, par pusillanimité, ou par esprit revendicatif, ils ne compliquent pas notre besogne. En bref, il est difficile d'apporter un chiffre précis du nombre des malades et il nous faut, le plus souvent, nous contenter d'un chiffre approximatif.

- Quels aliments n'ont pas été consommés par les malades ?

Là encore, les réponses, mêmes si elles sont spontanées et précises, doivent être considérées comme suspectes, et le médecin doit se montrer insistant. Dans notre observation, la responsabilité du poulet rôti et des haricots verts paraissait bien devoir être écartées, mais le gâteau (que l'étude bactériologique allait révéler porteur de staphylocoques, et même, plus que cela, bouillon de culture de ce germe) aurait pu paraître innocent, si nous n'avions pas été exigeant.

Au plus intoxiqué, nous affirmant ne pas en avoir consommé, nous insistons : "Pas du tout ?" - "Pas du tout" - "Vraiment ?" - "Oh, si peu", et nous apprenons que ce malade n'avait pris (avouait-il) qu'une bouchée du gâteau, puis avait donné le reste de sa part à sa mère. Sans nul doute, les aliments doivent être tous soumis à l'analyse bactériologique, mais tous les éléments cliniques doivent être communiqués à l'homme du laboratoire, dont la tâche peut être ainsi facilitée. Une conclusion valable, exige, le plus souvent, la confrontation bactério-clinique.

Et l'enquête se poursuit : Le staphylocoque est soupçonné ; nous partons à la chasse du responsable et nous nous

dirigeons vers l'office et la cuisine. Le médecin n'y reçoit pas un accueil enthousiaste, chacun est sûr de son innocence et se tient sur la défensive. Les réflexions hostiles, les mouvements d'humeur, les murmures de mécontentement ne manquent pas.

Douceur et courtoisie sont de mise, pour savoir s'il n'y a pas quelque porteur de furoncle, d'écorchure infectée, d'angine.

Et, le geste accompagnant la parole, c'est l'examen des mains, des avant-bras, l'étude des gorges, et, pour que l'atmosphère ne soit pas trop hostile, il faut déployer des prodiges de diplomatie ; il est fort amusant de surprendre l'attitude de triomphe, un tant soit peu dédaigneux, du serveur, ou de l'aide de cuisine, que notre examen a innocenté : "Je le savais bien", confie-t-il à son voisin.

Nous insistons, lourdement peut-être, sur ces incidences psychologiques ; elles ne sont pas négligeables et le médecin doit en être averti, s'il veut que son action soit pleinement féconde. Parfois, c'est au cours de telles investigations, que nous trouverons le point de départ des accidents.

Tel ne fut pas notre sort, nous n'avons pas recueilli le moindre élément susceptible d'éclairer la situation et nous avons dû attendre le résultat de l'étude bactériologique.

Lorsque nous avons su que le gâteau était responsable, force nous a été de nous adresser à l'hôtelière, pour savoir d'où il provenait, en lui disant que c'était l'aliment vecteur du germe. Sur son indication, nous sommes allés interroger et examiner le pâtissier, son personnel et sa famille. L'intermédiaire de l'hôtelière, nous semblait rationnel, indispensable ;

nous insistons, car, ainsi que nous avons l'occasion de le dire plus loin, ce n'est peut-être pas absolument régulier et légal, mais le bon sens nous indiquait cette voie, nous l'avons suivie.

Notre arrivée à la pâtisserie souleva une grande surprise ; le gâteau ne pouvait être mauvais, de nombreux avait été préparés dans les mêmes conditions, et n'avaient jamais déterminés d'accidents. Ni furoncle, ni angine dans la maison, et la clinique corroborait ces affirmations.

Pourtant, sur notre insistance, le pâtissier, réfléchissant, nous dit : "à moins donc, que l'écorchure que j'avais au bras et qui était envenimée en soit la cause !" et il nous montrait, non pas son bras, mais son avant-bras, où on pouvait voir la cicatrice partiellement recouverte de croûtes sèches, provenant d'une griffure de lapin. Elle avait été le siège d'une suppuration importante au moment où avait été confectionné le gâteau. Mais il était impossible de faire un examen bactériologique, nous arrivions trop tard, et, c'est faute de mieux que nous avons envisagé ce point de départ du staphylocoque responsable. Mais, ce que nous tenons à dire, étant donné l'incidence sous laquelle nous envisageons ce travail, c'est que la bonne foi de cet homme n'était pas discutable, lorsqu'il affirmait n'avoir rien eu. La meilleure preuve, c'est qu'il a accepté sans protestation, la vraisemblance de nos conclusions, et qu'il se prêta sans mauvaise grâce, au verdict qui lui imposa désinfection et arrêt momentané de son travail. C'est la preuve que l'interrogatoire doit être fort minutieux, que, si l'angine, le furoncle, la pustule d'impetigo, le panaris, sont des ques-

tions classiques que l'on ne manque pas d'envisager, il ne faut pas omettre de s'inquiéter de banales écorchures, ou d'excrétions légères, susceptibles d'être infectées.

L'Enquête médico-sociale, appuyée par le secours bactériologique, c'est la clef de voûte du problème. Quel que soit l'aide très importante, sans aucun doute, des services administratifs, le résultat, le succès, sont vraiment entre les mains du praticien, car c'est de la qualité de ses premiers gestes, de ses erreurs, de ses oublis, que dépendra le résultat.

Une conduite judicieuse ne s'improvise pas dans le drame, elle doit avoir été prévue, méditée dans ses détails. C'est en somme, le but de ce travail, que de le souligner.

-:-:-:-:-

tions classiques que l'on ne manque pas d'envisager, il ne faut pas omettre de s'inquiéter de banales écorchures, ou d'excrétions légères, susceptibles d'être infectées.

L'Enquête médico-sociale, appuyée par le secours bactériologique, c'est la clef de voûte du problème. Quel que soit l'aide très importante, sans aucun doute, des services administratifs, le résultat, le succès, sont vraiment entre les mains du praticien, car c'est de la qualité de ses premiers gestes, de ses erreurs, de ses oublis, que dépendra le résultat.

Une conduite judicieuse ne s'improvise pas dans le drame, elle doit avoir été prévue, méditée dans ses détails. C'est en somme, le but de ce travail, que de le souligner.

-:-:-:-:-

- PROBLEMES D'ORDRE BACTERIOLOGIQUE -
=====

I- Le gâteau responsable.-

A l'issue des différents examens bactériologiques pratiqués par M. CREZE, Professeur de Bactériologie à l'Ecole de Médecine, nous savions qu'il y avait dans le gâteau suspect, et plus précisément, dans la crème de ce gâteau, un staphylocoque pathogène.

Nous nous sommes procurés, chez le boulanger-pâtissier dont nous avons déjà parlé, la recette de cette crème, et nous en avons préparé une nous-même.

Elle est faite à partir d'une poudre, "Poudre destinée à la préparation de crèmes pâtisseries", mélangée à du lait et du sucre.

Voici le résultat de l'analyse que M. KERJEAN, Professeur à l'Ecole de Médecine, a, fort aimablement, accepté de faire de cette poudre :

"Poudre très fine, de teinte jaune crème clair,
" qui apparaît au microscope comme uniquement constituée
" par de l'amidon de MAIS.

" Cette poudre contient un colorant : Jaune de
" Naphtol S.

" Elle ne renferme par contre ni gélose, ni lactose,
" ni saccharose.

" Si on en fait bouillir une petite quantité avec
" un peu d'eau on obtient une prise en masse caractéris-
" tique de l'empois d'amidon.

" CONCLUSION : Féculé de MAIS de bonne qualité, mais
" colorée artificiellement."

Nous avons, pour obtenir de la crème, fait un mélange de la poudre que nous avait procurée le pâtissier, dans du lait sucré. Ce mélange a été chauffé doucement, en surveillant constamment la température, et nous avons pu constater qu'il prenait en gel, très rapidement, entre 70° et 75° - Or, nous savons que le Staphylocoque résiste à une température de 80° pendant dix minutes.

Nous avons ensuite préparé une nouvelle crème, mais en utilisant cette fois, pour diluer la poudre, une culture en bouillon du Staphylocoque isolé du gâteau, mélangée à de l'eau. Un échantillon de cette crème a été ensemencée sur deux tubes, l'un contenant du bouillon, l'autre du milieu de Chapman, que l'on a laissés à la température du laboratoire. Le lendemain, un fragment du bouillon a été repiqué sur Chapman et nous avons obtenu sur ce milieu, une culture de notre staphylocoque. Nous avons donc la preuve, que le chauffage nécessaire à la préparation de la crème, était insuffisant pour détruire les staphylocoques, à supposer qu'ils aient été introduits avant la cuisson.

2- Les difficultés de l'examen.-

S'il est relativement aisé de montrer qu'une telle poudre constitue un excellent milieu de culture pour le staphylocoque, surtout, comme nous le verrons plus loin, si un temps assez long s'écoule entre sa préparation et sa consommation, ...

il est souvent beaucoup plus difficile, à partir de produits donnés, en l'occurrence des restes d'aliments, de prouver l'existence de staphylocoque. de staphylocoque path. gène, et, enfin, de son Enterotoxine.

Cette difficulté réside surtout dans le fait :

- soit que l'aliment responsable a été chauffé à une température telle que le staphylocoque a été détruit.
- ou bien que le staphylocoque, quoiqu'encore vivant, entre en concurrence avec d'autres germes qui le masquent.

-I- Le staphylocoque peut avoir été tué par la chaleur.

Dans notre observation, la température n'avait pas été assez élevée pour détruire le staphylocoque, et nous en avons trouvé en abondance.

-II- Il peut être masqué par d'autres germes .-

Mais l'hôteslière n'avait évidemment pas songé à la deuxième cause de difficultés, elle avait, sans doute par excès de bonne volonté, disposé ce qui restait des différents plats, dans des serviettes en papier, rendant ainsi illusoire l'intérêt des boîtes stériles que nous avions appc-tées.

Il faut, en effet, pouvoir procéder au prélèvement des aliments suspects, de façon stérile, les placer dans des récipients également stériles, et garder le tout au frigidaire, jusqu'à l'examen bactériologique.

On peut ainsi limiter :

- d'une part, les risques de souillures supplémentaires que constituent des manipulations et des récipients non stériles.
- et, d'autre part, la pullulation des germes en cause, à la température ambiante.

Le poisson, par ailleurs, avait perdu toute fraîcheur, et contenait du *Proteus*. Et ce germe, en particulier, ainsi que l'a montré M. BOYER, dans une expérience avec un pain de rilletes souillé par du *Proteus* et du *Staphylocoque*, pullule de façon telle que la culture de ce dernier y est inhibée.

-III- Cependant, nous avons eu la chance de trouver un *staphylocoque*, en culture abondante et pure, et ceci, dès la première culture.

C'était, de plus, un *staphylocoque* pathogène.

Quels sont, en effet, les critères de pathogénicité de ce germe :

- La fermentation de la mannite.
- La coagulation du plasma.
- Le pouvoir hémolytique.
- Le pouvoir fibrinolytique.
- L'élaboration d'une toxine alpha.
- La formation de colonies violettes sur gelose au violet cristallisé.

Mais "les critères divers ne sont pas toujours absolument parallèles, un ou l'autre peut faire défaut" (Novel).

Et, selon Saint-Martin, sont pathogènes tous les *staphylocoques* donnant la réponse ci-après :

: Pigmentation :	Hemolyse :	Coagulase :
+	+	+
o	+	+
+	o	+
+	+	o
o	o	+

Le staphylocoque isolé était blanc, mais on sait maintenant (Buttiaux) que les staphylocoques blancs possèdent un pouvoir pathogène aussi indiscutable que les dorés. Par ailleurs, il fermentait la mannite, liquéfiait la gélatine, possédait une coagulase et une hemolysine alpha, et était nettement pathogène pour le lapin.

-IV- Etude des selles et vomissements.-

Il aurait pu être intéressant de rechercher les staphylocoques dans les selles et vomissements, mais nous avons dit qu'il avait été impossible d'en obtenir. De plus, bon nombre d'auteurs contestent l'intérêt de cet examen.

NOVEL dit n'avoir jamais isolé de staphylocoque hémolytique, à partir de selles de malades au cours d'une telle intoxication.

3- L'ENTEROTOXINE.-

Il y avait donc dans le gâteau, des staphylocoques nombreux et pathogènes. Pouvait-on prouver qu'ils étaient enterotoxiques ?

Quelle est la nature de cette enterotoxine, sa spécificité, quelles sont les propriétés, autant de questions sur lesquelles, semble-t-il, la lumière n'est pas encore faite, bien des auteurs n'étant pas d'accord.

-I- Nature de l'Enterotoxine.-

FASQUELLE pense qu'elle est loin d'être une véritable toxine, c'est-à-dire une substance de composition chimique définie. C'est plutôt un ensemble de produits de désintégration des

matières protéiques, formées sous l'influence de la pullulation des staphylocoques. Novel l'assimile à une amine de décarboxylation.

De plus, elle n'est pas antigénique, ne déterminant pas l'immunisation-"Il n'est pas de vaccination possible contre elle".(Dolman).

-II- La notion de milieu intermédiaire.-

Sa production n'est pas spécifique de façon certaine. Tous les staphylocoques pathogènes ne seraient pas enterotoxiques ; mais on sait maintenant combien le passage de staphylocoque sur milieu intermédiaire peut en modifier les caractères.

JORDAN et BURROWS - KELLY - DACK, ont ainsi pu obtenir des staphylocoques pathogènes, à partir de germes à caractères saprophytiques, par simple passage sur un milieu intermédiaire comportant 1 % d'amidon. Et BUTTIAUX, lui, pense que l'Enterotoxine peut être produite par tous les staphylocoques cultivant dans certaines conditions. Rappelons ici que la poudre utilisée pour la préparation de la crème toxique, contenait une grande quantité d'amidon.

-III- Caractères de l'Entérotoxine.-

- Elle est thermostable, résiste à 100° pendant 30 minutes.
- résiste aux sucs digestifs et au formol.
- elle est d'autant plus toxique que le staphylocoque a eu le temps, entre la préparation et l'ingestion de l'aliment pollué, de pulluler et d'entraîner la production d'une grande quantité d'Enterotoxine.

Ce fut le cas dans notre observation, puisque le

gâteau a été préparé plus de 24 heures avant d'être consommé, et conservé à la température de la Pâtisserie.

-IV- Son action.-

L'Enterotoxine n'agit pas directement sur le tube digestif par action locale (Buttiaux). Elle est neurotrophe et son action spécifique s'effectuerait sur le système nerveux périphérique et non sur le centre bulbaire (Gastinel-Buttiaux).

L'attention, à ce sujet, est attirée par les crampes musculaires que l'on observe chez un certain nombre de malades, et l'on peut se demander si les crampes ne sont pas dues à un phénomène voisin de celui qui est provoqué par la "Staphyloxine" qui, injectée par voie nerveuse, entraîne, en particulier, des troubles paralytiques.

De plus, certains auteurs, comme Nevot, se posent la question de savoir si l'Enterotoxine est bien à l'origine des accidents observés :

" on peut se demander si l'accident brutal du début des Toxi-infections alimentaires, qui ne serait peut-être pas dû au germe lui-même, mais à la toxicité de l'aliment, ne favorise pas, en amoindrissant les moyens de défense naturelle de l'appareil digestif, la pénétration dans l'organisme, de germes de la flore intestinale".

-V- Etude de l'Entérotoxine.-

Un certain nombre d'expériences, de tests, ont été proposés pour la mise en évidence de cette Entérotoxine, et, notamment :

= l'ingestion, par le volontaire humain
par le singe.

= le kitten-test

= l'épreuve de la grenouille

= l'épreuve au muscle utérin de cobaye.

Comment obtenir, tout d'abord, l'Enterotoxine ?
des techniques spéciales et des milieux nutritifs appropriés sont nécessaires. On peut ensemençer les cultures pures sur milieu de Dolman et Wilson, porter, pendant au moins 40 heures, à l'étuve à 37°, en atmosphère de 30 % de CO₂, puis filtrer les cultures sur coton.

Filtrer à nouveau sur Seitz et porter le filtrat à 100° au bain-marie pendant une demi-heure, afin d'éliminer les hemolysines thermolabiles alpha et beta.

On dispose ensuite de ce filtrat, comme moyen d'expérimentation.

a)- L'ingestion par le volontaire humain, représente pour certains, comme Nevot, le seul test indiscutable. Selon Novel, c'est également une preuve formelle, mais "on ne saurait, ni généraliser, ni conseiller cette méthode", et pour beaucoup, comme M. Boyer, elle est ~~extrêmement~~ contestable.

b)- Quant au singe, il réagirait bien, de façon moins sensible que l'homme cependant ; c'est quoiqu'il en soit, un animal coûteux.

c)- Le kitten-test = consiste à injecter par voie intra-péritonéale, 0 cc 5 de filtrat à un jeune chat de 6 à 8 semaines ; on doit obtenir, si l'entérotoxine est en cause :

- en 20 minutes à 1 heure et demie : une salivation extrême, des nausées, puis des vomissements ; des défécations fréquentes, en fusée.

- tout ceci ne durant que quelques heures et disparaissant complètement en 24 heures.

BAYLISS parvient au même résultat par voie intracardiaque, MERCIER, par voie intra-veineuse.

Quant à l'interprétation du Kitten-test, il apparaît que, là encore, les avis sont partagés. Des auteurs, comme NEVOT, DACK, ne lui accordent qu'un crédit très limité, et prétendent arriver au même résultat avec des bouillons neufs.

La plupart, cependant, comme M. BOYER, lui reconnaissent une valeur certaine, pour : "sa rigueur, et sa simplicité".

d)- L'épreuve de la grenouille = consiste à inoculer un filtrat, à la grenouille, par voie buccale ou dans le sac lymphatique dorsal : si le filtrat contient de l'Enterotoxine, la grenouille doit présenter rapidement un rejet de mucus, une distension de la paroi abdominale, une modification de l'attitude ; cette épreuve est également discutée.

e)- Enfin Dack a mis au point une méthode qu'il considère comme spécifique, utilisant le muscle utérin de cobaye : . "Le muscle utérin de cobaye, se contracte fortement dans les solutions de serotonine, et le phénomène est inhibé par l'Enterotoxine staphylococcique".

f)- Quant aux animaux usuels de laboratoire, souris, rats, cobaye, lapin, aucun n'est sensible à l'ingestion ou à l'inoculation de l'Enterotoxine.

4 - EN CONCLUSION.-

Nous n'avons pas pratiqué le kitten-test, mais nous

avons trouvé, dès la première culture, un staphylocoque en culture abondante et pure, qui présentait des caractères pathogènes indiscutables.

En outre, les signes cliniques plaidaient nettement en faveur d'une toxi-infection d'origine staphylococcique.

C'est pourquoi nous avons pensé, ainsi que l'avaient montré NOVEL - et NEVOT - que l'association :

- de signes cliniques typiques d'une part,
- et d'un staphylocoque pathogène isolé en abondance, d'autre part,

permettait d'affirmer que le staphylocoque était bien l'agent responsable de la toxi-infection alimentaire observée, sans qu'il fut besoin d'expérimenter, sur des jeunes chats, par voies parentérales : intra-péritonéale ou intra-veineuse.

-:-:-:-:-

- P R O B L E M E J U R I D I Q U E -
=====

Pour qu'une toxi-infection alimentaire collective à staphylocoque se produise, il est nécessaire qu'un aliment ait été souillé par un semeur de germes, involontaire bien certainement, mais responsable néanmoins.

Quelle est la position de cet individu devant la loi ? Si, en effet, dans notre observation, les suites ont été bénignes si nous avons cru de notre devoir, de faire tout ce qui était en notre pouvoir pour que les choses se règlent à l'amiable, il n'est pas invraisemblable d'admettre, qu'en certaines circonstances, des difficultés seront soulevées, et des plaintes en dommages portées devant les Tribunaux. Le médecin doit, pour son instruction personnelle, comme pour régler la prudence de son attitude, être au courant de l'incidence juridique de cette question.

C'est pourquoi nous avons décidé de nous pencher sur ce problème ; mais, notre compétence, comme le champ de notre documentation, ne nous permettaient pas d'éclairer la situation de façon valable et nous avons pensé à solliciter le concours d'une personnalité, dont les titres d'avocat, d'une part, et de pharmacien ancien interne des Hôpitaux de Paris d'autre part, faisaient pour nous un guide particulièrement précieux.

Que Maître Emile PERREIN veuille trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude. Il nous a accueilli avec la plus extrême bienveillance, et nous a montré le problème sous tous ses aspects, mais, pour ne pas déformer la pensée

réelle de l'homme de loi, pour ne pas déformer la terminologie adéquate, nous lui avons demandé l'autorisation de reproduire, "in extenso" dans ce travail, l'exposé qu'il a bien voulu rédiger lui-même :

" L'EXPOSE de MAITRE PERREIN "

" Du point de vue juridique, la grave intoxication dont s'agit peut être examinée tout aussi bien sous le double aspect d'un délit, constituant la faute pénale et celui d'une faute ayant tous les caractères de la faute civile au sens des articles 1382-1383 du code civil - cf : note.

I- Faute pénale : la première question est - en effet - la suivante : quel est le coupable ?

Cette intoxication collective par un gâteau souillé de staphylocoques, présente-t-elle les conditions prévues par un texte du code pénal ? autrement dit - est-ce un délit qui permet au Procureur de poursuivre le délinquant devant le Tribunal correctionnel ?

Car, est-il besoin de rappeler cet adage : "nulla poenasine lege", "pas de peine sans texte de loi". Notre législation évolue et se modifie constamment en se modelant selon les circonstances économiques et sociales comme autrefois l'édit du prêteur. Tel est le cas de notre espèce : avant le décret du 30 Octobre 1935 (modifié par celui du 4 Octobre 1945) l'article 320 du code pénal qui est le texte applicable - ne visait pas la maladie - résultant d'un défaut d'adresse ou de précaution. Le texte de l'article 320 c.p. est le suivant :

(ordonnance du 4 Octobre 1945) "S'il est résulté du défaut d'adresse ou de précaution, des blessures, coups ou maladies entraînant une incapacité de travail personnel pendant plus de six jours, le coupable sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de 15.000 à 250.000 Frs, ou l'une de ces deux peines seulement."

Remarquons que le terme "maladies" est au pluriel, ce qui implique nécessairement un sens non restrictif du mot. C'est d'autant plus conforme à cette interprétation que les maladies à streptocoques ou staphylocoques sont nombreuses et que si le terme "intoxication" a été employé au cas qui nous préoccupe, c'est que l'affection staphylococique a été provoquée par une négligence du pâtissier. D'ailleurs, si l'on se reporte au Larousse au mot "intoxication", on peut lire : "introduction d'un poison dans l'organisme": l'asphyxie par l'oxyde de carbone est une intoxication ; empoisonnement : "intoxication saturnine". Ecartons le mot d'empoisonnement qui est du point de vue pénal "l'attentat à la vie d'une personne par l'effet de substances qui peuvent donner la mort", (article 301 du code pénal). Dans notre cas, c'est le pâtissier qui, par sa négligence coupable, a infecté les convives par les gâteaux souillés de microbes. Mais notons qu'avant que la cause ne soit révélée, la question pouvait se poser d'un véritable empoisonnement criminel.

Si nous avons examiné ces différentes hypothèses, c'est afin de limiter notre sujet au délit de l'article 320 du code pénal et pour conclure qu'il s'agit d'une maladie provoquée par ingestion de staphylocoques.

Quelle est la procédure applicable ?

Deux cas peuvent se présenter :

1°/- l'auteur du délit est connu.

2°/- la cause de la maladie, de l'intoxication reste ignorée.

L'auteur est connu - Au cours d'une rapide enquête faite par le médecin appelé au chevet des malades, le porteur de germes est reconnu comme étant l'auteur de l'infection ; dans notre cas le pâtissier a reconnu que "son écorchure s'était envenimée". Il est seul responsable pénalement de sa faute ou de sa négligence et s'il est employé, c'est le patron qui devient civilement responsable pour son défaut de surveillance.

Une plainte rédigée sur papier libre et adressée au Procureur de la République au chef-lieu de l'arrondissement où s'est produit l'accident, permet au Parquet d'ouvrir une enquête au cours de laquelle le commissariat de police ou la gendarmerie procède à l'audition de témoins - constate la blessure ou la maladie - rédige un procès-verbal qui est adressé au Parquet et le Procureur décide s'il y a lieu, de poursuivre : il lui appartient, en effet, d'apprécier si les éléments du délit sont établis. Il serait possible de s'étonner du choix réservé au Procureur d'exercer des poursuites. Aussi, croyons-nous utile de distinguer brièvement la responsabilité pénale de la responsabilité civile.

Pour que l'auteur d'un délit soit poursuivi devant un Tribunal correctionnel pour des faits relatés par l'article 320 du code pénal, il faut que le délinquant soit reconnu coupable : c'est-à-dire que les conditions du délit soient établies

(blessures, coups ou maladies engendrées par la négligence de l'auteur et que - d'autre part - il est nécessaire de montrer qu'en l'absence d'une volonté de nuire - sa responsabilité pénale est engagée par sa négligence, sa maladresse, son inobservation du règlement. Tel est l'élément intentionnel plutôt psychologique, fonction du degré d'intelligence de l'auteur du délit, élément soumis à l'appréciation du Procureur, comme à celle du Tribunal.

Si le Procureur estime que tous les éléments du délit sont établis, il cite le délinquant à comparaître devant le Tribunal correctionnel devant lequel les plaignants pourront se constituer partie civile et demander au Tribunal de leur allouer des dommages-intérêts. Cette constitution se fait par ministère d'avoué, lequel en accord avec l'avocat des demandeurs, rédige et développe à l'audience des conclusions. Nous examinerons à la rubrique "faute civile" comment peut se chiffrer cette demande.

A l'audience, le Procureur peut abandonner son accusation en vertu de cet adage "si la plume est servie, la parole est libre" ... et le Tribunal peut condamner ou acquitter le prévenu - motif pris que l'intention coupable, le défaut d'attention ... n'est pas établi.

La partie civile peut interjeter appel dans le délai de dix jours - le jour du jugement n'étant pas compris.

Quelle conclusion devons-nous tirer de cet exposé ?

Les limites de la culpabilité d'un délinquant ne sont pas établies d'une façon rigoureuse : le Tribunal a toujours .

un pouvoir d'appréciation et le doute profite toujours à l'inculpé. Le droit pénal est de droit étroit ; car toute condamnation correctionnelle est inscrite au casier judiciaire et peut entraîner des conséquences sociales : ne serait-ce que le retrait du permis de conduire, par exemple, pour l'automobiliste coupable de blessures involontaires, mais que son imprudence, sa maladresse a fait condamner.

Dans notre seconde hypothèse - à la rubrique "faute pénale", nous avons envisagé que l'auteur de l'intoxication était inconnu ou que la cause restait ignorée.

Dans ce cas, la plainte peut être adressée au Procureur contre X. C'est-à-dire contre inconnu. Les plaignants rédigent leur plainte en relatant les faits et en se fondant sur l'article 320 du code pénal et éventuellement sur l'article 301 du code pénal qui prévoit la cas d'empoisonnement, et demandent au Procureur une enquête . En raison de la gravité des faits ainsi révélés, le Procureur désigne un juge d'instruction pour diriger l'enquête. C'est une garantie pour l'avenir. Car le Juge a qualité pour prendre toutes les mesures utiles à la manifestation de la vérité - voire même celle de placer sous mandat d'arrêt telle personne qu'il soupçonne d'être coupable. Il fait procéder d'urgence par un service de police ou de gendarmerie et au besoin en se rendant personnellement sur les lieux du crime ou du délit (nous sommes toujours dans l'ignorance de la cause), à la saisie - aux prélèvements d'objets suspects - aux déjections des malades - voire même à des prises de sang. Le juge soucieux de son rôle et de la gravité des faits,

s'entoure de toutes les précautions en désignant un médecin-expert et au besoin un pharmacien-chimiste, pour procéder selon les règles de l'art, aux différents prélèvements effectués, réservant ainsi les droits éventuels de la défense.

Pendant ces recherches, ces analyses, le Juge d'instruction entend les témoins, procède aux confrontations qu'il juge utiles ; examine les rapports des experts. Si le coupable est découvert, le juge prend une ordonnance de renvoi devant le Tribunal correctionnel ou devant la Cour d'Assises s'il s'agit d'un crime (empoisonnement). Dans notre cas, les plaignants victimes de l'imprudence du pâtissier, se constituent partie civil et ainsi que nous l'avons examiné.

Ou bien l'instruction n'a pas permis de trouver la cause de l'intoxication et dans ce cas le Juge rend une ordonnance de non-lieu, c'est-à-dire que les poursuites sont momentanément abandonnées jusqu'au jour où de nouvelles preuves pourront être données.

Notons qu'au point de vue juridique cette notion très importante, qu'une ordonnance de non-lieu n'a pas au même titre que les jugements ou arrêts des Cours d'Appel, l'autorité de la chose jugée. L'ordonnance du juge d'instruction est toujours provisoire et révocable, en cas de survenance de charges nouvelles. (Cassation civile 9 mai 1956. Dalloz 1956-663 Gazette du Palais, Tables 1956-II, pages 92 N° 29).

Il résulte de cet exposé que dans les cas, toujours difficiles, de découvrir un coupable, la plainte contre inconnu est une garantie - et que par sa nature, la décision de non-lieu

ne peut en rien préjudicier aux intérêts des malades ou des victimes ou ayants-droit puisque l'ordonnance de non-lieu ne leur est pas opposable.

En résumé : le choix s'impose sur les moyens qui peuvent être employés pour rechercher la cause de l'intoxication alors surtout que dès le début, comme c'est le cas généralement, aucun indice ne permet de soupçonner l'auteur ou de savoir comment cette intoxication a pu se produire. Dans ce cas, la plainte contre inconnu s'impose en raison des garanties qu'elle apporte aux plaignants ou à leurs ayants-droit, et surtout parce que l'enquête menée par le Juge d'Instruction permettra de trouver la cause ou le coupable, grâce aux moyens exceptionnels que seul le Juge a le droit de mettre en oeuvre.

De plus, si les plaignants ne veulent pas se porter partie civile à l'audience, pour des raisons de convenance personnelle ou par crainte d'un acquittement - la faute pénale étant insuffisamment caractérisée - ils peuvent toujours assigner devant le Tribunal civil l'auteur, qui est, dans notre cas, le porteur de germes, et, en tant que de besoin, le patron civilement responsable.

La responsabilité civile ou la faute civile fera l'objet de cette seconde partie de notre exposé.

Autant la faute pénale est restrictive, autant la faute civile fonde la responsabilité sur des notions plus larges de la faute. Les articles 1382-1383 du code civil précisent qu'il s'agit d'une faute ou, tout au moins, d'une négligence ou d'une imprudence.

Voici ces textes : art. 1382 : "Tout fait quelconque "de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la "faute duquel il est arrivé, à le réparer ". L'article 1383 ajoute: "chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement "par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence". Le mot fait est synonyme de faute, puisque le texte vise la négligence ou l'imprudence comme des actes moins graves que le "fait" et que l'article 1383, comme l'indiquent les expressions "non seulement", "mais encore", se relie étroitement à l'article 1382.

Pour conclure, tout dommage causé injustement (damnum injuria datum), c'est-à-dire contrairement au droit, donc par faute, permet d'obtenir réparation du préjudice causé.

Mais la question préalable est la même : quel est le responsable ? Or, dans le désarroi où sont plongés les malheureux intoxiqués, les traces d'une faute peuvent être effacées, supprimées. Aussi la décision s'impose : même verbalement, il convient de porter plainte à la brigade de Gendarmerie la plus proche, plainte qui est transcrite et portée à la connaissance du Parquet qui prend d'urgence les mesures qui s'imposent et que nous avons décrites. Il en est de même pour les graves accidents d'autos.

L'enquête poursuit son cours comme nous l'avons vu et découvre le responsable de son fait - ce sera l'apprenti pâtissier - et le civilement responsable : le patron.

Par ministère d'avoué, ceux-ci sont assignés devant le Tribunal civil en paiement de dommages-intérêts - ainsi que nous l'établirons.

Mais, une autre hypothèse peut se poser : si au préalable aucune enquête n'a été diligentée, si les demandeurs ne connaissent pas dans quelles conditions les faits se sont passés et s'ils n'ont qu'un soupçon sur le ou les auteurs du dommage, ils devront en tant que demandeurs, rapporter par voie d'enquête la preuve que la maladresse, la négligence du pâtissier (c'est le cas de notre espèce), est la cause du préjudice subi. Le Tribunal ordonnera cette enquête - voire même une expertise par un médecin-expert et un pharmacien-chimiste qui auront la mission de rechercher par tous les moyens, l'origine de l'intoxication et quel en a été - à leur avis - l'auteur.

C'est le procès civil dans toute son ampleur, dont les frais incombent aux demandeurs - frais qui ne seront remboursés par les défenseurs, si ces derniers succombent et sont ainsi condamnés à payer non seulement des dommages-intérêts, mais en tous les dépens. Signalons que les frais constitution de partie civile sont beaucoup moins élevés, mais cette procédure n'évite pas le risque d'un acquittement du prévenu - tout aussi bien par le Tribunal que sur appel devant la Cour. Enfin et c'est une conséquence grave, la partie civile qui s'est engagée devant la juridiction pénale, ne peut plus revenir sur sa demande devant la juridiction civile "una via electa, non recursus ad alteram".

Ce nouvel aspect de la question juridique nous permet à nouveau de conclure que l'enquête diligentée par un juge d'Instruction permet pour l'avenir quelque soit la juridiction choisie - d'orienter et de choisir avec sécurité la juridiction la plus sûre ou la plus rapide.

Quels sont les éléments du préjudice ? Telle est la dernière question.

1°/- Dans le cas d'un décès :

Le préjudice matériel et moral est soumis à l'appréciation du Tribunal en fonction de la situation familiale et sociale. A titre d'exemple : un gendarme décédé à la suite d'accident causé par un tiers, ayant un gain de 36.000 Frs par mois, sa veuve a obtenu 3.500.000 Frs et les deux enfants de 5 et 7 ans : 1.500.000 Frs chacun en rente sur l'Etat - le père de la victime : 200.000 Frs.

2°/- Il n'y a pas d'incapacité de travail :

Remboursement du salaire perdu pendant la maladie, déduction faite des prestations faites par le service de la Sécurité Sociale.

3°/- pretium doloris :

comme le nom l'indique, ce sont les souffrances que le malade a subies au cours de son affection. Le Tribunal nomme souvent un médecin-expert chargé de fournir au Tribunal les éléments d'appréciation.

4°/- Il y a une incapacité permanente partielle de travail :

ce sont les mêmes éléments du préjudice :

salaire perdu

pretium doloris.

Quel est le taux de l'Incapacité permanente ? I.P.P.
Même solution : expertise avec fixation de la date de la consolidation de la blessure ou de la maladie.

Rappelons que les décisions des Tribunaux et Cour

d'Appel sont variables en raison, non seulement des blessures ou maladies, mais aussi de la durée de la consolidation et de la situation sociale de la victime ou du malade. Un ouvrier maçon ou un plâtrier aurait droit à une indemnité plus grande - toute proportion gardée - qu'un bijoutier ou un cordonnier qui travaille dans des conditions moins fatigantes.

Telles sont les principales et différentes questions que cette intoxication staphylococcique peut soulever au point de vue juridique. Notre étude a surtout porté sur la différence entre la juridiction pénale et la juridiction civile, et enfin sur les moyens qu'il convient d'employer suivant l'une ou l'autre de ces juridictions."

Que pourrions-nous ajouter, sinon que le médecin doit méditer ces lignes, pour ne prononcer jamais, que des paroles parfaitement réfléchies et mesurées ?

-:-:-:-:-

Notre premier devoir de médecin et d'hygiéniste, devant une toxi-infection alimentaire à Staphylococcus (puis-que c'est le cas précis, dans lequel nous nous sommes placés) est de faire tout ce qui est nécessaire pour découvrir aussi précisément que possible, le point de départ de l'intoxication, et une fois cette notion acquise, placer le coupable, qui souvent se méconnaît comme tel, hors d'état de nuire.

Mais nous préoccupons nous suffisamment de cet homme qui, désormais, grâce aux mesures prises, ne constitue plus un danger pour autrui ? Nous savons que sa responsabilité civile (ou celle de son employeur) se trouve engagée, et parfois même sa responsabilité pénale. Bien entendu, s'il y a malveillance, il subira son sort, c'est normal. S'il y a seulement imprudence, ou plus exactement imprévoyance, ou même simplement ignorance, il aura pourtant des dommages à réparer, ce qui d'ailleurs est légitime. En général, une compagnie d'assurances se substituera à lui mais il ne faut pas dissimuler la brutalité des faits :

ce pâtissier, dans son quartier, ou dans son village, sera ruiné, au moins provisoirement ; la réflexion ne guide guère les masses, qui se laissent aller à leur premier ressentiment.

Le médecin, en face de ces faits, peut-il demeurer indifférent ?

En cette occurrence se pose, d'ailleurs, la question du secret médical. Nous nous sommes trouvé quelque peu embarrassé et avons pris l'avis de notre maître en Médecine Légale, Mr HY, qui nous a répondu : "Le secret professionnel ne vous permet de dire la vérité qu'au responsable de l'intoxication, qui est dans le cas présent, le pâtissier".

Le médecin est harcelé par l'intoxiqué, de cette question : "quel est l'aliment responsable ? " autrement dit, qui l'a préparé ? Répondre, c'est dénoncer la culpabilité, c'est, dans notre cas, révéler l'écornchure du pâtissier. La situation ne laisse pas que d'être embarrassante, et, tout en respectant les droits légitimes des victimes, la conciliation à l'amiable nous paraît, chaque fois que les accidents sont limités, la plus sage conduite.

Pour notre part, nous avons dit aux malades, que nous savions que la bactérie infestante avait été ce que la clinique laissait prévoir, un staphylocoque, mais nous n'avons pas désigné l'aliment responsable.

Nous avons demandé l'adresse du pâtissier, à l'hôtel, en lui faisant comprendre que son propre intérêt l'invitait au silence, et nous avons fait la même recommandation au pâtissier.

Les victimes n'ayant pas porté plainte, ni réclamé de dommages, hôtelier et pâtissier ont pris à leur charge les minimas frais engagés, et, aussi curieux que ce puisse

paraître dans un village de France, la rumeur publique ne s'est pas emparé de l'affaire, et l'incident fut étouffé dans l'oeuf.

Nous n'avons peut-être pas été orthodoxes sur le plan du secret professionnel, pourtant, ce nous fut un plaisir de constater, que tout en ayant pu satisfaire aux exigences de la loi et de l'hygiène, nous avons évité de lourdes conséquences aux coupables involontaires.

Ce pourra paraître une incidence bien terre à terre, nous ne le pensons pas, et c'est pourquoi, au terme de ce travail, nous tenions à en souligner l'intérêt.

- CONCLUSIONS -

- 1°- S'il ne veut pas se trouver débordé par les événements, le médecin praticien doit être parfaitement instruit des toxi-infections alimentaires collectives dans toutes leurs incidences.
 - 2°- Il lui faut, dans une atmosphère d'agitation, voire parfois de panique, établir son diagnostic, prodiguer des soins, et porter un pronostic.
 - 3°- L'étude bactériologique devra, pour arriver à des conclusions valables, être confrontée avec les constatations cliniques.
 - 4°- Les chances de l'enquête médico-sociale dépendent en grande partie des premiers gestes du médecin : interrogatoire, conservation des aliments, des feces et des vomissements, alerte urgente des services de santé.
 - 5°- La responsabilité civile, voire pénale, de l'agent contaminé ou de son employeur éventuel, peut dans certains cas être engagée.
 - 6°- Lorsque les prescriptions relatives à la salubrité publique, et les réparations légitimes sont assurées, le médecin ne doit pas oublier son rôle humain en s'efforçant d'être un intermédiaire conciliateur.
-

- BIBLIOGRAPHIE -

- J. BOYER - J. MERCIER - Melles CORRE - TISSIER.
A propos de 6 intoxications alimentaires collectives d'origine staphylococcique.
Bull. Acad. Med. 29 Mai 1951.
- J. BOYER. L. CORRE - P. MERCIER - J. PILLET - M. TISSIER.
Intoxication alimentaire d'origine staphylococcique.
Presse Med. LIX. p. 1260 et suiv;
29 Septembre 1951.
- J. BOYER - Mme CORRE. HURST - M. TISSIER.
Acquisitions récentes dans l'épidémiologie et la Prophylaxie des maladies infectieuses. p 118 et suiv.
Masson Edit.
- J. BOYER - L. DEROBERT - L. CORRE - HURST - J. PILLET.
Intoxication Staphylococcique par Sardine à l'huile.
Soc. Med. Leg. Fr. 9 Juin 1952
- J. BOYER et J. VERGE.
Les Toxi-Infections alimentaires collectives acquisitions récentes dans les domaines clinique, étiologique et Prophylactique.
XXXVII e Congrès d'Hygiène.
Paris. Institut Pasteur.
28 Octobre 1957.
- J. BOYER - NEVOT.
Instructions concernant les Toxi-Infections Alimentaires collectives.
Minist. de la Santé Pub.
Cons. Sup. d'Hygiène de Fr. 1954. JH 406
- R. BUTTIAUX - R. BROGNIART.
Technique d'Isolément des Staphylocoques pathogènes
Identification des staphylocoques Entérotoxiques.
Ann. Inst. Pasteur - 1947
73 - P. 830
- R. BUTTIAUX.
Pathologie et Biologie.
Numéro 11 - 12 - Juin 1958.
- L. DEROBERT - TRUFFERT - NAVELLIER
Intoxication alimentaire grave, d'origine staphylococcique chez deux nourrissons.
Annales Med. Leg. XII Septembre 1944

- M. DEPARIS - G. MANIGAND.
Toxi-Infections à Salmonella et Intoxications
Staphylococciques d'origine alimentaire.
Sem. Des Hopitaux - 14 Mars 1955.
- FASQUELLE.
Biologie du Staphylocoque.
Ass. NAT. de Médecine.
Paris. Janvier 1955
- FASQUELLE.
Eléments de Bactériologie Médicale.
Tome I
- FLOCH
Sur l'action pathogène digestive des Staphylocoques.
Pr. Med. LXIV - p. 88.89.
18 Janvier 1956
- GASTINEL
Précis de Bactériologie Médicale. 1957
- Ch. GERNEZ - RIEUX - R. BUTTIAUX - BROGNIART.
Les Toxi-Infections alimentaires collectives,
provoquées par les Staphylocoques.
Pr. Med. 30 Aout 1947. p. 565.
- R. KOURILSKY - MERCIER.
Les variations du pouvoir pathogène du staphylocoque.
C.R. Soc. biol. 1941. 135 - p. 159.
- R. KOURILSKY - MERCIER - PILLET.
La staphylococcie, maladie chronique et contagieuse.
Pr. Med. LIX. p. 418.
- E. MENARD - Melle G. VAN GROENENDAELE.
Les toxi-infections alimentaires collectives.
L'urgence de leur déclaration.
Soc. de Med. Angers. Février 1958.
- P. MERCIER - PILLET.
Les fosses nasales "Réservoir de virus staphylococcique".
Pr. Med. 25 Septembre 1948.
- A. NEVOT.
Etiologie et pathogénie des toxi-infections alimentaires.
Pr. Med. 1946. p. 436.

A. NEVOT.

Conception pathogénique des intoxications et toxoinfections d'origine alimentaire.

Bull. Acad. Med. 1951 135. p. 324.

A. NEVOT - PANTALMON - ROSSEY.

A propos de récentes intoxications alimentaires à staphylocoque observées dans la région parisienne.

Bull. Acad. Med. 12 Juin 1951.

E. NOVEL.

Intoxications alimentaires dues au staphylocoque doré enterotoxique.

Sem. des Hop. Mars 1957.

M. SAINT-MARTIN.

Les intoxications alimentaires dues au staphylocoque.

Mic. Hebd. Actualities.

Inst. Microbiol. Hyg.

Univ. de Montréal. 7 Avril 1948.

A. HENRY.

Constitution of the United States, as amended, and the laws of the United States, as amended, in relation to the subject of the title of this report.

A. HENRY.

Constitution of the United States, as amended, and the laws of the United States, as amended, in relation to the subject of the title of this report.

A. HENRY.

Constitution of the United States, as amended, and the laws of the United States, as amended, in relation to the subject of the title of this report.

A. HENRY.

Constitution of the United States, as amended, and the laws of the United States, as amended, in relation to the subject of the title of this report.

